



## LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

有关人士提供的关于患者的资料

如果这事关精神病紧急情况，  
请致电 **DMH ACCESS CENTER 1 800 854-7771** 或拨打 **911**。

你们有没有通知这位患者填这张表格？ 有 <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/>			
填表者姓名：	日期：		
与患者的关系：	电话号码：		
患者姓名：	出生日期：		
在签了同意书的情况下，我希望你们会就该表格的信息联系我。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
请说明你想向我们传达的具体问题或信息。			
你有没有以下任何方面的其他问题想要告诉我们？（如需要，可以添加额外的页面。）			
<input type="checkbox"/> 居住环境	<input type="checkbox"/> 法律问题	<input type="checkbox"/> 诊断	<input type="checkbox"/> 物质滥用问题
<input type="checkbox"/> 药物	<input type="checkbox"/> 医疗问题	<input type="checkbox"/> 行为问题	<input type="checkbox"/> 治疗计划
<input type="checkbox"/> 其他：			
如果你勾选了上面的任一项，请具体描述你的问题。			

我明白填写该表格可以为患者的治疗团队提供患者的相关信息。治疗团队可酌情与患者共享这些信息。

签名

日期

请把填好的表格传真到 **DMH - OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213) 252-8767**。如果你想与 **DMH** 的家庭倡导员交谈，请致电 **(213) 738-3948**。